CONSIDÉRATIONS

N° 9.

MÉDICO-CHIRURGICALES

SUR LA COXALGIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 15 janvier 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J. C. DESOUDIN,

Chirurgien Aide-Major au dix-neuvième régiment d'infanterie légère.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Président.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur.* / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN, *Suppléant.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, PINEL VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gerdy, *Examinateur.*
Arvers.	Kergaradec.
Baudeloque.	Lisfranc.
Bouvier.	Maisonabe.
Breschet.	Parent du Chatelet.
Cloquet (Hippolyte).	Pavet de Courteille, *Suppléant.*
Cloquet (Jules).	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Velpeau.
Gérardin, *Examinateur.*	Rullier.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

J. G. A. DESOUDIN,

Docteur en médecine ; Médecin en chef des hôpitaux civils de Metz, etc.

A MA MÈRE.

Amour filial et reconnaissance.

J. C. DESOUDIN.

A MON PÈRE,

J. C. A. DESOUDIN,

Docteur en médecine, Médecin en chef des hôpitaux civils de Metz, etc.

A MA MÈRE.

Amour filial et reconnaissance.

J. C. DESOUDIN.

CONSIDÉRATIONS

MÉDICO-CHIRURGICALES

SUR LA COXALGIE.

La coxalgie (1) est une inflammation qui attaque une ou plusieurs parties de l'articulation coxo-fémorale, et qui, à la longue, se communique à toutes celles qui la composent. La plupart des auteurs modernes en ont parlé sous le nom de *luxation spontanée* ou *consécutive ;* mais cette dénomination est inexacte, puisque, comme le fait observer M. le professeur *Delpech*, le déplacement de l'extrémité supérieure du fémur ne constitue pas une maladie essentielle, qu'il n'est pas une conséquence constante de l'affection principale, et qu'il n'est enfin qu'un simple symptôme qui ne peut fournir aucune indication capitale de traitement. Le nom de *fongus articulaire*, qu'il lui a donné, ne lui convient guerre mieux, et nous verrons dans la suite de cette dissertation, que les fongosités qui se développent dans la cavité cotyloïde ne sont point constantes, et ne sont que le résultat de l'inflammation de la membrane synoviale ou du paquet de tissu cellulaire graisseux qui la tapissent.

(1) *Morbus coxarius*, *morbus coxarum* des anciens ; *luxation spontanée* ou *consécutive*, *fongus articulaire*, *tumeur fongueuse*, *tumeur blanche*, *fémoro-coxalgie*, *coxitis*, *coxalitis*, *coxarthrocace* des auteurs modernes.

Le nom de *coxalgie* ne donne pas, il est vrai, une idée bien exacte de la maladie, mais il en désigne le siége d'une manière non équivoque : et si l'on voulait s'attacher à une dénomination qui ne laissât rien à désirer, il en faudrait autant qu'il y a de parties différentes dans l'articulation, puisque primitivement elles peuvent être toutes attaquées isolément.

On l'a divisée en *rhumatismale* et en *scrophuleuse*; je n'ai point suivi cette division, parceque je la crois peu importante. En effet, on voit des causes bien différentes apporter les mêmes changemens dans les mêmes parties, et les désordres être semblables chez les sujets atteints de rhumatismes et chez ceux qui présentent des symptômes d'affections scrophuleuses. La seule différence qui existe est dans la plus ou moins grande rapidité de la marche de la maladie, et dans le degré de son intensité.

Avant d'entrer dans les détails, il serait peut-être bon de donner une description succinte de l'articulation coxo-fémorale ; mais je ne pourrais que répéter ce qu'on trouvera très-bien exposé dans tous les ouvrages d'anatomie descriptive. Je passe donc de suite à l'énumération des causes de la maladie qui doit faire le sujet de mon travail.

On peut les diviser en prédisposantes et en occasionnelles. Parmi les premières, on doit ranger le tempérament lymphatique, le sexe féminin, les scrophules, les rhumatismes, le cancer, les affections scorbutiques, le séjour dans les pays septentrionaux, l'enfance, la jeunesse. Dans les secondes, tout ce qui porte une irritation sur l'articulation; les coups sur le grand trochanter, les chutes sur cette région, sur les genoux, les talons, qui, en contondant fortement les cartilages, la capsule synoviale, le paquet de tissu cellulaire graisseux et le ligament inter-articulaire, développent dans ces parties une inflammation violente qui est accompagnée de leur gonflement; la distension des ligamens et de la capsule fibreuse, le passage subit du chaud au froid, l'action prolongée de froid et de l'humidité sur l'extérieure du corps pendant une marche forcée. Le coucher sur

la terre, par un temps humide ; le déplacement d'une irritation ayant son siége dans le tissu de la peau, telle que les dartres, la variole, la rougeole et tous les autres exanthèmes, celui d'une inflammation fixée sur un organe interne ; la suppression d'un exutoire ou d'un ulcère ancien, et surtout s'il est de nature scrophuleuse, celle des hémorrhoïdes ou d'une hémorrhagie habituelle. Souvent la maladie se déclare sans cause connue, mais cela n'a lieu que chez les individus d'un tempérament lymphatique très-prononcé, et surtout chez ceux qui ont déjà présenté quelques symptômes de scrophules.

Quelle que soit la cause, elle agit toujours en portant une inflammation plus ou moins forte sur une des parties qui forment l'articulation. Tantôt ce sera le paquet de tissu cellulaire graisseux, qui occupe le fond de la cavité cotyloïde, qui sera le siége primitif de la maladie ; tantôt la membrane synoviale, enflammée, prendra plus d'épaisseur, et la nature de la sécrétion sera changée ; d'autres fois, la cause irritante portera son action sur la capsule articulaire et les ligamens qui la fortifient. La carie des cartilages et même des os, suite de leur inflammation, pourra donner lieu à la maladie. Mais cette inflammation, qui commence ordinairement dans un de ces points seulement, se communique à tous les autres, et même au tissu cellulaire et aux muscles qui enveloppent l'articulation, et produit les désordres considérables qu'on rencontre à l'autopsie cadavérique.

La maladie commence ordinairement par une douleur vague à la partie supérieure et externe de la cuisse, qui s'étend souvent jusqu'au genou ; peu à peu elle se fixe dans l'articulation coxo-fémorale, sans cependant cesser de s'étendre le long de ce côté. Quelquefois cette région n'est le siége d'aucune douleur, mais l'articulation fémoro-tibiale fait plus souffrir le malade que celle qui est réellement affectée : ce qui a trompé bien des chirurgiens, en faisant porter leur attention sur un point qui n'était pas malade aux dépens de celui qui l'était véritablement. On évitera cette erreur en faisant faire des mouvemens légers dans les deux articulations ; ils seront impossibles dans la hanche,

tandis qu'ils n'augmenteront pas la douleur du genou. Si on presse sur la région inguinale, au point qui correspond à la cavité cotyloïde, on fait éprouver au malade un sentiment douloureux qu'il rapporte au fond de cette cavité. Les parties molles qui l'environnent sont légèrement gonflées, et présentent une élasticité particulière; la peau devient lisse et tendue, parsemée de veines variqueuses; on sent un peu de chaleur; il y a aussi un peu de rougeur, mais elle est très-peu prononcée; le pouls est dur et fréquent. Les mouvemens du membre causent des douleurs assez violentes, il a quelquefois diminué de grosseur; le malade le place machinalement de manière que tous les muscles soient le plus relâchés possible; position qui diminue beaucoup les douleurs.

Lorsque l'inflammation existe dans les cartilages ou le paquet graisseux, leur volume est augmenté, la cavité cotyloïde diminue par conséquent de capacité, ce qui force la tête du fémur à s'éloigner de son fond, et à se porter en dehors et en bas; de là allongement du membre, qu'on reconnaît à l'éloignement du grand trochanter de la crête iliaque; si on place l'un près de l'autre les deux membres, le genou la malléole interne et le talon du côté malade dépassent ceux du côté sain; cet allongement est quelquefois considérable. La marche devient presque impossible, et si le malade veut s'y livrer, il ne le fait qu'avec de grandes douleurs, et en faisant décrire au pied qui correspond à l'affection un arc de cercle dont le centre est au pied sain; ou, comme on le dit vulgairement, il marche en fauchant. S'il se tient debout, au lieu de faire porter le poids du corps sur les deux pieds à la fois, ou sur l'un et l'autre alternativement, il ne peut se soutenir que sur le membre sain; il place celui qui est malade un peu en avant, pour que le poids du corps ne porte que faiblement sur lui.

Quand la maladie est à ce point, le gonflement de la hanche augmente beaucoup, à cause de la saillie que fait le grand trochanter et de la tuméfaction plus considérable des parties environnantes. Le membre maigrit sensiblement, d'autres fois il s'infiltre; l'articulation réagit sympathiquement sur les viscères; il y a perte de l'appétit, lé-

gère céphalalgie; le sommeil est agité, troublé par des secousses musculaires qu'occasionnent les douleurs, qui se sont beaucoup accrues, surtout pendant la nuit. Il y a des cas où l'allongement du membre n'a pas lieu, c'est quand l'inflammation portée sur les os eux-mêmes en détermine la carie; ici, au contraire, il y a raccourcissement, suite de l'usure de la substance spongieuse de l'intérieur de la cavité cotyloïde ou de la tête et du col du fémur ; dans ces cas les symptômes inflammatoires sont bien moins prononcés, ce qui dépend du peu de vitalité des parties affectées.

M. *Rust* prétend que l'affection commence toujours par l'inflammation de la membrane médullaire qui tapisse l'intérieur des cellules de la substance spongieuse de la tête du fémur, et qu'elle est suivie de la carie de cette dernière substance, surtout à sa portion centrale ; de là gonflement de la tête articulaire, qui, ne pouvant plus être reçue dans la cavité cotyloïde, s'en échappe et se porte sur la fosse iliaque externe.

Telle est la première période de la coxalgie : quand on n'a pu parvenir a en arrêter la marche, elle passe à l'état chronique. Alors les os et les cartilages qui entrent dans la composition de l'articulation se carient en un ou plusieurs points ; le rebord de la cavité cotyloïde s'use et donne passage à la tête du fémur, qui, entraînée en haut par les muscles fessiers, se porte sur la face externe de l'iléum. On sent alors à la région fessière une tumenr dure qui fait une saillie considérable, elle est formée par le grand trochanter, le col et la tête de l'os de la cuisse, qui se sont placés entre l'iléum et le petit fessier. Le membre diminue tout à coup de plusieurs pouces, il est tourné en dedans ; la pointe du pied repose sur le tarse du côté sain, toute l'extrémité est dans la demi-flexion. Le malade ressent des frissons le long de la colonne vertébrale, surtout pendant la nuit; le pouls est petit et fréquent ; les douleurs augmentent beaucoup, on remarque tous les symptômes de la formation du pus. Effectivement, presque toutes les parties de l'articulation suppurent, et donnent lieu à une collection purulente plus ou moins considérable. La capsule fibreuse s'ulcère et

livre passage au pus qu'elle contenait ; il se répand dans le tissu cellulaire environnant, et cherche à se faire jour au dehors. Bientôt la peau est soulevée, la fluctuation devient manifeste, sans qu'il y ait de symptômes d'inflammation, il se forme un véritable abcès par congestion. Les sympathies, que nous avons signalées dans la première période, ont pris plus d'intensité ; les forces s'épuisent, le malade maigrit de jour en jour; le membre affecté s'atrophie, et la progression est tout à fait impossible.

Dans la plupart des cas la luxation est opérée par un mouvement du malade, et le plus léger suffit pour l'effectuer; en effet, nous avons vu que tout concourait à produire ce résultat. Dans la première période, le gonflement des surfaces articulaires a distendu les ligamens et la capsule fibreuse qui maintiennent les os rapprochés ; elle a aussi distendu les muscles qui concourent au même but ; et comme cette distension, longue et successive, est pour ainsi dire insensible au moment où la suppuration détruit les parties gonflées, ces organes ont perdu leur ressort, et ne peuvent plus maintenir les surfaces articulaires dans leur position naturelle. Plus tard ces mêmes parties fibreuses se rompent elles-mêmes, alors il n'existe plus de résistance à l'action des muscles fessiers, qui entraînent dans la direction de leurs fibres le fémur, qui s'échappe de la cavité cotyloïde en partie effacée. Le ligament rond (coxo-fémoral) détruit par la suppuration, ou détaché de l'une des surfaces articulaires par la carie, n'offre plus de résistance à ce déplacement.

Si je n'ai parlé jusqu'à présent que du déplacement en haut et en dehors, c'est qu'il est le plus fréquent, et pour ainsi dire le seul qui ait lieu. Cependant il peut arriver que la tête se porte en bas et en dedans, sur le trou sous-pubien; alors le membre est déjeté en dehors, au lieu de diminuer de grandeur, il a, au contraire, acquis un ou deux pouces ; ce cas est très-rare, et on ne le remarque que quand le rebord de la cavité cotyloïde a été usé à sa partie inférieure. Dans cette luxation une violence extérieure est nécessaire, puisqu'il n'y a aucun muscle qui agisse dans cette direction.

On a remarqué la luxation en haut et en dedans, mais elle est encore plus rare que la précédente. Au reste, elle a lieu lorsque la carie a usé le rebord de la cavité à sa partie supérieure et interne, et à l'occasion d'une violence extérieure.

Dans la troisième période, la peau s'enflamme, s'ulcère à la partie qui recouvre les collections purulentes, et donne issue à une plus ou moins grande quantité de pus, d'abord inodore et assez consistant, blanchâtre, quelquefois même sanguinolent, mêlé de flocons albumineux, contenant souvent de véritables tubercules, et entraînant avec lui le détritus des organes dans lesquels il s'est formé. Bientôt après, il devient séreux et d'une fétidité insupportable; sa présence détermine l'excoriation des tégumens avec lesquels il est en contact : ces qualités irritantes lui sont communiquées par l'introduction de l'air dans l'intérieur du foyer; cette irritation porte son action sur les parois de la cavité, et réagit fortement sur les viscères intérieurs. La langue devient sèche et rouge; la soif se fait sentir; il y a perte de l'appétit; la peau fait éprouver à la main qui la touche une sensation de chaleur mordicante; elle se couvre d'inégalités par le soulèvement des écailles de l'épiderme. Les intestins, qui n'étaient d'abord irrités que sympathiquement, finissent par devenir le siége d'une véritable irritation chronique, qui occasionne une diarrhée colliquative; les sueurs nocturnes se déclarent, le malade tombe dans le marasme, et la mort vient terminer cette longue suite de souffrances.

Après avoir parlé des symptômes de la maladie, il est nécessaire de m'arrêter un moment sur l'examen des phénomènes morbides qui se passent dans l'articulation pendant ces périodes.

Les autopsies cadavériques sont très-rares dans la première, parce qu'à cette époque la maladie n'est point assez grave pour causer la mort, qui alors est occasionnée par une affection étrangère à celle de l'articulation. Cependant on en trouve quelques exemples. M. *Brodie*, qui a eu occasion d'examiner sur le cadavre les résultats de la coxalgie lorsqu'elle n'était pas très-avancée, s'exprime ainsi : « Dans une de ces maladies, à son premier état, il y avait une cuillerée environ

de pus dans le cavité de l'articulation de la hanche, la tête du fémur était un peu enflammée, le ligament capsulaire un peu épaissi, et le ligament rond était uni comme dans son état ordinaire à la cavité cotyloïde. Le cartilage qui revêt cette cavité était détruit dans un endroit, avec une petite ouverture au travers de laquelle une sonde pouvait être passée sous le cartilage, sur la face interne de l'os pubis d'un côté, de l'os ischion de l'autre. La partie opposée ou externe de l'os innominée paraissait avoir souffert beaucoup plus que la cavité cotyloïde. »

Cette maladie était déjà assez avancée, et pouvait être considérée comme parvenue à sa seconde période, puisqu'il existait de la suppuration, suite de l'ulcère formé sur le cartilage, qui était décollé en plusieurs points. L'observation rapportée dans les maladies chirurgicales de *Desault* présente cette affection à une époque bien plus rapprochée de son invasion. Cette observation est celle d'une femme qui fut atteinte de coxalgie à la suite d'une chute sur le grand trochanter, et dont la mort a été causée par une phlegmasie interne. Elle prouve, comme nous l'avons déjà dit, que l'allongement du membre et la sortie de la tête du fémur de la cavité cotyloïde sont causés par la gonflement des surfaces articulaires. « On trouva sur le cadavre les parties voisines de l'articulation manifestement tuméfiées, la capsule allongée de haut en bas ; la tête du fémur située au côté externe et sur le bord de la cavité cotyloïde, répondant en bas à la capsule, très-tiraillée, et dans une tension manifeste en haut au cartilage articulaire, déjà gonflé au point de remplir une partie de la cavité : la synovie était en moindre quantité que dans l'état naturel. Les deux autres observations rapportées dans le même mémoire viennent encore à l'appui de cette opinion. »

Nous avons vu qu'il y avait des cas où l'allongement du membre n'avait pas lieu, et dans lesquels, au contraire, il se raccourcissait manifestement ; c'est, comme nous l'avons dit, lorsque la carie attaque primitivement le fond de la cavité cotyloïde ou la tête du fémur, ou ces deux surfaces à la fois : il y a perte de la substance osseuse ;

perte qui quelquefois est poussée très-loin, puisqu'on a vu la cavité tout à fait percée; d'autrefois la tête a été entièrement détruite, ainsi qu'une partie de son col. Quand l'usure n'est pas poussée très-loin, si on parvient à arrêter les progrès de la maladie, les surfaces atteintes par la carie s'encroûtent d'une grande quantité de phosphate calcaire, et finissent par se convertir en surfaces lisses et polies qui offrent une dureté extraordinaire; mais la perte de substance n'est point réparée entièrement, et le membre reste toujours plus court que l'autre. La résorption du pus qui existait dans l'articulation a lieu, et le malade en est quitte pour une claudication plus ou moins prononcée, suivant l'étendue du désordre.

Lorsque la luxation s'est opérée, l'extrémité supérieure du fémur est portée sur la face iliaque externe. Le ligament rond a souvent disparu totalement; tous les autres ligamens sont détruits ainsi que les cartilages, qui, d'autrefois, se séparent des parties osseuses avec la plus grande facilité; la portion de l'iléum sur laquelle repose la tête se déprime; les parties molles environnantes, comme dans les fractures, s'encroûtent de phosphate calcaire, et forment ainsi une cavité qui reçoit cette tête ou la partie du col que n'a pas envahie la carie, et qui finit par s'arrondir et former une nouvelle tête au fémur. Cette nouvelle articulation supplée ensuite à l'ancienne, dont la cavité cotyloïde finit par s'effacer, mais le membre reste toujours plus court et plus mince que l'autre. Ce nouveau moyen de jonction de la cuisse avec le bassin ne présente que peu de solidité, puisqu'il est dépourvu de ligamens, de capsule fibreuse et de cartilages; les deux surfaces ne sont maintenues en contact que par les muscles qui les entourent. Cependant il devient assez solide pour que l'extrémité puisse supporter tout le poids du corps, et pour permettre au malade de marcher pendant assez long-temps.

A l'examen des cadavres des sujets morts de coxalgie, on a trouvé des désordres très-considérables L'usure complète du fond de la cavité cotyloïde avait, chez quelques-uns, donné passage à l'extrémité supérieure du fémur, qui s'était portée dans le petit bassin. Une col-

lection purulente se forme sous les muscles iliaques à la suite de cette perforation, le pus ayant sa source dans l'articulation malade. Des foyers purulens se rencontrent en plus ou moins grand nombre dans les environs du siége de la maladie; ils s'étendent quelquefois jusqu'au genou en disséquant presque tous les muscles de la cuisse, et se font jour au dehors par une ou plusieurs ouvertures où aboutissent des fistules très-étendues. Ordinairement ces foyers communiquent avec l'articulation; d'autrefois ils en sont séparés, et n'ont avec elle aucune communication, comme j'ai pu l'observer chez un jeune militaire mort de coxalgie : ces cas sont extrêmement rares.

La caric a détruit les cartilages articulaires, dont il ne reste plus de trace, ou bien elle les a épargnés et entièrement isolés des furfaces osseuses auxquelles ils étaient contigus. Le rebord de la cavité cotyloïde est détruit dans quelques points, sur l'un desquels se porte la tête du fémur, qui finit par s'y creuser une cavité assez profonde. *Morgagni*, dans sa cinquante-sixième lettre, cite un exemple de ce fait. D'autres fois c'est la tête qui présente une gouttière dans laquelle le bord intact vient se loger ; la pointe du scalpel pénètre avec facilité dans la substance osseuse attaquée par la carie. Dans tous les cas, le ligament coxo-fémoral est détaché des surfaces osseuses, et souvent il est tout à fait absorbé. Le paquet de tissu cellulaire graisseux qui recouvre le fond de la cavité cotyloïde est ou entièrement détruit par la suppuration, ou bien il est converti en une substance stéatomateuse ou même squirrheuse qui remplit complètement cette cavité. Les muscles environnans sont amincis et décolorés; le tissu cellulaire qui les unit est engorgé, et rempli d'une lymphe coagulée qui lui fait prendre un aspect lardacé, souvent le membre est prodigieusement infiltré.

Les organes intérieurs participent plus ou moins à ces désordres. On trouve presque toujours dans les intestins grêles, et quelquefois dans le gros intestin, des ulcérations en quantité variable; ce qui explique très-bien pourquoi la diarrhée survient à la fin de la vie des

malades, diarrhée qui concourt beaucoup à les jeter dans le marasme effrayant qu'on observe après la mort.

Le prognostic de la coxalgie sera toujours fâcheux. Cependant si le sujet est jeune, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, si la maladie n'est pas très-avancée et qu'on soit appelé à temps, on peut beaucoup espérer de l'application prompte et énergique des moyens antiphlogistiques, et des révulsions fortes si la maladie est arrivée à sa seconde période. Quand la luxation est opérée, la seule espérance qu'on peut avoir est d'arrêter la suppuration et d'obtenir la guérison avec une difformité et une faiblesse considérable du membre, encore cette guérison est-elle rare.

On a vu quelquefois à cette époque des malades guéris sans les secours de l'art : on cite même des exemples de cette guérison naturelle lorsque la maladie est arrivée à sa troisième période ; mais cet heureux événement, qui est extrêmement rare, ne doit point faire négliger les moyens de traitement qui seront indiqués dans le paragraphe suivant.

Traitement.

Si la coxalgie est causée par une violence extérieure, si le sujet est jeune et vigoureux, d'un tempérament sanguin, les accidens inflammatoires seront ordinairement très-prononcés ; on aura recours aux saignées générales, à de larges applications de sangsues, qu'on répétera à peu de distance les unes des autres. Des ventouses scarifiées, si la rougeur de la peau n'est pas très-considérable, seront aussi très-avantageuses par la révulsion qu'opéreront les mouchetures, et par la déplétion des vaisseaux capillaires sanguins ; on couvrira l'articulation de fomentations ou de cataplasmes émolliens ; on fera des embrocations avec un liniment anodin ; on prescrira une diète sévère, des boissons émollientes, rafraîchissantes. Mais le repos absolu de l'extrémité est une condition qu'on ne doit jamais négliger; sans son immobilité parfaite, les autres moyens deviennent nuls, ou leur effet est beaucoup moindre et la guérison long-temps retardée. Les mouvemens, en fai-

sant agir l'une contre l'autre deux surfaces enflammées, augmentent nécessairement leur inflammation.

Cette méthode de traitement, modifiée suivant l'âge, le tempérament, le sexe et les idiosyncrasies des individus, sera appliquable au début de toutes les coxalgies. Ainsi, chez les sujets lymphatiques atteints d'affections scrophuleuses, au lieu d'employer la saignée générale, on se bornera à des applications de sangsues, qui seront en bien moins grand nombre que chez les sujets sanguins. Il en sera de même pour les personnes affaiblies par une longue maladie antérieure, et chez celles qui sont douées d'un tempérament nerveux. Leur irritabilité est constamment augmentée par les évacuations sanguines abondantes.

Lorsque, par ces moyens, on sera parvenu à se rendre maître des accidens inflammatoires, ou au moins quand il ne restera que très-peu d'irritation, on appliquera avec avantage des vésicatoires, et il vaudra beaucoup mieux le faire en grand nombre sans les laisser suppurer, que d'en appliquer un ou deux qu'on ferait suppurer long-temps. Il paraît que la partie malade s'habitue à cet exutoire long-temps prolongé, et finit par n'en plus être influencée. On fera une première application à la partie postérieure de l'articulation, derrière le grand trochanter, on le laissera sécher; puis on en appliquera un autre à la partie antérieure de cette éminence, qu'on laissera sécher encore; on entourera ainsi l'articulation de vésicatoires volans. Souvent ce traitement suffit, et c'est celui que préfère M. le professeur *Boyer*, et dont il a retiré de très-grands avantages. On fera seconder ces moyens de l'emploi des frictions irritantes avec le liniment antimoniacal, la teinture de cantharides, les frictions avec la pommade d'*Autenrieth*. Ces dernières sont avantageuses à cause de l'éruption qu'elles déterminent; mais je crois leur effet trop faible, et la révulsion qu'elles peuvent opérer insuffisante pour attirer à l'extérieur une irritation fixée dans une articulation aussi profonde.

Les chirurgiens anglais préfèrent le cautère potentiel aux vésicatoires, aux moxas et au cautère actuel. Ils conseillent de faire une escharre

de la largeur d'une pièce de deux francs à la dépression qui se trouve d è e et au-dessous du grand trochanter; ils recommandent de convertir cette escharre en exutoire, et d'en entretenir long-temps la suppuration. Ils emploient surtout ce moyen chez les adultes, se contentant du vésicatoire chez les enfans; mais on peut lui faire le reproche que nous avons déjà fait aux vésicatoires permanens. La pratique des chirurgiens français démontre la supériorité du cautère actuel et surtout du moxa.

L'application du feu dans la coxalgie a été conseillée par *Hippocrate*, qui l'a même regardée comme indispensable : *Quique à diuturno coxendicis dolore femoris caput suo loco excidit, iis crus tabescit, et claudicant nisi urantur.* Celse l'a conseillée d'après lui, et M. *Percy* en a retiré de très-bons effets. Cependant la plupart des praticiens préfèrent l'ustion par les moxas répétés.

M. le baron *Larrey* pense « que le cautère actuel peut concourir puissamment au succès du moxa, qui, n'agissant pas avec la même énergie, n'arrête pas aussi promptement les progrès de la maladie. » Aussi emploie-t-il conjointement ces deux moyens. Un phénomène fort singulier se remarque immédiatement après l'application du fer rouge; c'est le raccourcissement subit du membre et son retour à ses dimensions naturelles. Il est très-difficile de se rendre compte de cet effet, et l'explication qu'en donne M. *Larrey* me paraît basée sur une supposition erronée, celle de la paralysie des muscles. En effet, nous avons vu leurs contractions porter la tête du fémur dans la fosse iliaque externe, lorsqu'une violence extérieure vient à la faire sortir de la cavité cotyloïde, et que, sans aucune violence, leur action suffit pour opérer le même déplacement quand la cavité cotyloïde est usée à son bord supérieur. M. *Rust* conseille aussi l'emploi de ce moyen, et il prescrit de faire, sur la partie externe de l'articulation, trois raies de feu qui convergent vers le grand trochanter. Il a fait construire un cautère avec lequel il peut opérer cette cautérisation d'un seul coup. M. *Percy* a donné le même conseil; mais il évite de réunir les raies de feu, pour prévenir l'escharre profonde qui est formée par cette

rencontre. Au reste, cette ustion doit toujours être transcurrente, et le cautère cultellaire est celui dont on doit se servir pour l'opérer. Il doit y avoir assez d'intervalle entre les escharres pour que les aréoles inflammatoires qui se développent autour de chacune d'elles ne se confondent pas. Quoique ce moyen ait été proposé par des praticiens célèbres, et qu'entre leurs mains il ait produit des résultats avantageux, il est encore peu usité, et le moxa lui est préféré.

L'action de ce dernier, quoique plus longue, est cependant moins douloureuse : comme le calorique pénètre dans la partie sur laquelle on l'applique d'une manière lente et graduée, la sensation qu'éprouve le malade est beaucoup moins désagréable; et lorsque la portion du moxa qui touche à la peau vient à s'enflammer, celle-ci est déjà désorganisée par la chaleur que lui ont transmise les couches supérieures pendant leur combustion. Une des raisons qui contribuent encore à lui faire accorder la préférence sur le cautère, c'est que son application est moins effrayante pour les malades, qui s'y soumettent avec moins de répugnance.

La manière dont agit le moxa sur les propriétés vitales de la partie doit encore le faire préférer. Son action étant beaucoup plus lente, le calorique a le temps de pénétrer plus profondément, et de porter jusqu'aux organes affectés une excitation que l'action instantanée du cautère ne peut y développer. Mais il ne doit être employé que quand la maladie est passée à l'état chronique, lorsque son siége est borné aux tissus blancs, enfin quand le système lymphatique est devenu prédominant dans l'articulation. Cette excitation, agissant particulièrement sur le système sanguin, peut détruire l'inégalité d'action de ces deux systèmes, et rétablir ainsi l'équilibre dont le dérangement causait la maladie. Je ne sais jusqu'à quel point cette explication peut être vraie; mais elle ne me paraît pas invraisemblable. L'inflammation violente, qui se continue dans les tégumens jusqu'à la chute de l'escharre, produit une révulsion très-active qui seconde puissamment le premier effet.

Les cylindres doivent être d'une grandeur moyenne; leur largeur

ne doit pas dépasser un pouce : il sera nécessaire de les appliquer en assez grand nombre, et à des distances plus ou moins rapprochées, suivant la gravité des symptômes. Lorsque l'escharre est tombée, on peut, si on le juge convenable, convertir l'ulcération qui résulte de la brûlure en un cautère : il suffit, pour cela, de placer dans cette perte de substance quelques corps étrangers ; on entretiendra la suppuration tout le temps qui sera jugé nécessaire, c'est-à-dire jusqu'à ce que les accidens aient complètement, ou presque complètement disparu.

Lorsqu'on est parvenu à arrêter les progrès de la désorganisation, souvent il reste dans les parties molles environnantes un empâtement considérable, qu'on a conseillé de résoudre au moyen de douches d'eau sulfureuse, de bains de même nature ; mais on doit les employer avec beaucoup de réserve ; les douches surtout, si elles sont faites trop tôt, rappellent dans l'articulation une irritation qui occasionnera de nouveaux désordres. Il en sera de même si elles tombent sur la hanche par un jet trop fort

M. *Rust* conseille aussi les frictions mercurielles sur la hanche, et dit en avoir retiré de bons effets. Cette médication ne doit être employée que quand il n'existe plus qu'une irritation chronique ; alors l'action du mercure sur les glandes salivaires peut opérer une révulsion avantageuse ; mais ce moyen n'est pas exempt d'inconvéniens.

Quand des dépôts se sont formés autour de l'articulation, ils se sont souvent étendus jusqu'à une partie très-éloignée de leur origine : ainsi on voit la fluctuation devenir manifeste aux environs du genou ou sur un point quelconque de la cuisse. Ces dépôts, que nous avons dit être de véritables abcès par congestion, restent long-temps stationnaires, sans faire éprouver de douleur au malade. Peu à peu la collection augmente, la peau devient tendue, et cette tension est souvent poussée assez loin ; elle finit par rougir, mais cette rougeur a une teinte violacée ; l'inflammation qui s'y développe n'ayant point les caractères d'une inflammation franche, la partie devient douloureuse,

les tégumens s'ulcèrent, se désorganisent et livrent passage à une quantité quelquefois prodigieuse de matière.

Le mode de traitement alors ne diffère pas de celui que nous avons indiqué. Il faudra insister davantage sur les moxas et sur tous les moyens révulsifs aux environs de l'articulation.

Plusieurs praticiens ont donné le conseil d'ouvrir ces abcès avant que la peau soit entièrement désorganisée. Ce moyen soulage, il est vrai, pour le moment ; mais les accidens qui en résultent ne sont point balancés par ce soulagement momentané. Les ouvertures faites par l'instrument deviennent fistuleuses, et donnent accès à l'air dans l'intérieur du foyer ; ce qui, comme nous l'avons vu, occasionne la décomposition du pus et tous les accidens qui résultent de la résorption de cette matière ainsi altérée. Il faut donc, autant que possible, s'abtenir de faire ces ouvertures, ou ne les faire que quand la tension est devenue excessive et que les tégumens sont sur le point de se rompre. Si, cependant, par le traitement révulsif et les soins hygiéniques, on était parvenu à arrêter les progrès de la destruction des parties articulaires, on pourrait, on devrait même donner issue au pus qui se trouve accumulé aux environs de la hanche. On reconnaîtra qu'on est arrivé à cet heureux résultat quand les douleurs auront cessé tout à fait, après avoir diminué successivement ; quand les forces reviendront, ainsi que l'appétit ; que le malade prendra de l'embonpoint, que la fièvre sera tout à fait tombée, et que le dépôt restera stationnaire.

On doit donner issue à la matière purulente au moyen du trois-quart ; on évacuera, autant que possible, tout ce qui est contenu dans l'abcès. Pour y parvenir, on fera sur les parties environnantes de légères pressions, qui forceront le pus répandu dans les clapiers communiquant avec le foyer à entrer dans cette cavité, et à sortir par l'ouverture extérieure. On peut aussi se servir de la ventouse sèche proposée par M. *Larrey*, qui est d'avis d'ouvrir la tumeur avec un couteau rougi au feu. Ce moyen est un peu violent, et peut causer une irritation trop forte ; cependant elle peut être avantageuse dans le cas

où les forces du malade étant très-épuisées, l'inflammation adhésive ne pourrait pas s'établir dans les parois du foyer.

De quelque manière qu'on ouvre ces abcès, il faudra surtout chercher à empêcher l'introduction de l'air : pour cela, aussitôt que le pus sera évacué, on placera sur la petite plaie un emplâtre de diachilon gommé, qu'on soutiendra par un bandage légèrement compressif.

Quelquefois on ouvre ces abcès froids avec la potasse caustique dans le but d'établir une irritation qui accélère l'adhésion des parois; mais la solution de continuité est souvent très-grande; il est alors difficile, et, pour mieux dire, impossible d'empêcher l'introduction de l'air dans l'intérieur. Il sera donc plus prudent de laisser à la nature le soin de se débarrasser de ce corps étranger.

Lorsque les plaies sont devenues fistuleuses, on doit se borner à des pansemens répétés; on entretiendra surtout la plus grande propreté sur le malade, et aux environs des ouvertures, pour prévenir l'excoriation des parties sur lesquelles le pus séjourne. La maladie, arrivée à ce point, est presque toujours au-dessus des ressources de l'art.

Il me reste à parler du traitement interne et des moyens hygiéniques qu'il convient d'employer pour seconder le traitement local.

Les sujets lymphatiques, scrophuleux, seront, s'il est possible, transportés à la campagne, dans une habitation exposée au levant ou au midi, et encore mieux dans une direction moyenne à ces deux points cardinaux : l'air y sera renouvelé fréquemment. On mettra le malade à l'usage d'alimens nourrissans et de facile digestion, pour que, sous un petit volume, ils puissent fournir une assez grande quantité de matériaux réparateurs sans fatiguer les organes digestifs. On prescrira l'usage d'un vin vieux et en petite quantité; celui d'une boisson légèrement tonique, comme l'infusion de sommités de houblon, de camomille, etc. Des toniques plus énergiques pourraient devenir nuisibles, puisque nous avons vu que l'articulation malade réagissait sympathiquement sur les organes intérieurs, et surtout sur l'appareil digestif : ils ne feraient que seconder cette réaction, et occasionner

une véritable irritation du tube digestif, ce qui accélérerait l'apparition de la fièvre hectique, qui accompagne constamment cette affection lorsqu'elle est un peu avancée. Les narcotiques légers à l'intérieur sont aussi indiqués pour diminuer l'irritation nerveuse qui accompagne toujours la coxalgie à sa troisième période, et pour combattre l'insomnie qui en est la suite, et qui ne contribue pas peu à accélérer la perte du malade.

Plusieurs praticiens emploient les dérivatifs sur le canal intestinal; mais je crois qu'ils sont plus nuisibles encore que les toniques, puisque les substances qu'on emploie pour obtenir cette révulsion sont l'émétique et les purgatifs drastiques : ils ne peuvent être employés tout au plus que quand l'estomac et les intestins sont absolument exempts d'irritation, et encore il sera beaucoup mieux de s'en abtenir.

Après la disparition des accidens, il sera utile de faire faire au malade des promenades dans une voiture découverte et bien suspendue, surtout sur le bord de la mer, si on se trouve dans son voisinage : l'heure de midi sera la plus convenable. Les bains de mer, conseillés dans toutes les affections scrophuleuses, seront avantageux. Peu à peu le convalescent s'exercera à faire quelques mouvemens, d'abord légers, et ira graduellement en augmentant, en observant de les discontinuer s'il ressentait quelques douleurs dans l'articulation.

Si la luxation est opérée, nous avons vu qu'il se formait l'équivalent d'une articulation; les mouvemens seront plus longs à s'y établir; mais à la longue le malade parviendra à se servir de son membre, qui sera plus court que l'autre, ce qui le forcera à marcher sur la pointe du pied.

Si l'on ne peut arrêter les ravages de la maladie, on sera réduit à l'usage des narcotiques pour chercher à apaiser les souffrances, et à rendre moins pénibles les derniers momens du malheureux qu'on ne peut arracher à la mort.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Podagrici morbi, vere et autumno moventur ut plurimum. *Sect.* 6, *aph.* 55.

III.

Ex morbo diuturno alvi defluxus, malum. *Sect.* 8, *aph.* 5.

IV.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Ibid.*, *aph.* 6.